

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 182

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes Hydatiques multiples
DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN CARRON

Né à Artemare, le 5 juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maisoa A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553415_0050

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 182

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes Hydatiques multiples
DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

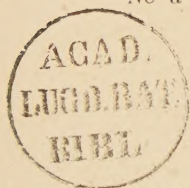
Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN CARRON

Né à Artemare, le 5 juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes LAROYENNE

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.	DEVIC,	—
Physiologie.	DOYON,	—
Accouchements	FABRE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, doct. ès-sciences.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; M. DURAND, Assesseur
MM. BÉRARD et TIXIER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR JABOULAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN MAJOR DE L'HOTEL-DIEU

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE,
DE LYON

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques du foie sont généralement uniques. Le kyste, de volume variable, renfermant en son intérieur un nombre parfois considérable de vésicules filles, forme une tumeur bien isolée, que le trocart ou tout au moins la ponction avec le bistouri, permet de vider d'une façon complète. Cependant dans la littérature médicale, nous avons pu rencontrer quelques observations de kystes hydatiques multiples. C'est justement sur ces cas que nous voulons attirer l'attention en prenant comme point de départ l'observation intéressante que nous a fournie M. le professeur Jaboulay.

Nous étudierons successivement la pathogénie de ces kystes multiples, leurs symptômes, leur anatomie pathologique en insistant surtout sur le fait curieux

que nous avons observé, c'est-à-dire la présence chez le même individu d'une poche nettement séreuse à contenu clair, et d'une autre poche infectée, remplie de liquide purulent. Nous rechercherons à quels signes on pourra reconnaître d'abord la présence de kystes hydatiques multiples à l'intérieur du parenchyme hépatique et, en second lieu, quel sera le meilleur procédé thérapeutique à employer. Nous verrons, enfin, les excellents résultats qu'a donnés dans le cas que nous relatons tout au long dans notre étude, le drainage d'une poche profonde par la poche superficielle.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. JABOULAY).

P. B., âgé de 40 ans, tourneur sur cuivre, Entre le 1^{er} mars 1902, dans le service de M. le professeur Lépine.

Pas d'antécédents héréditaires notables.

Père mort d'accident, mère en bonne santé.

Personnellement, il a eu à l'âge de 7 ans, une maladie qu'il ne peut déterminer.

Bien que d'apparence robuste, il a été refusé à 21 ans au conseil de revision. Il n'a fait aucun séjour aux colonies et n'a jamais eu de dysenterie.

A 19 ans, blennorrhagie qui dure trois mois.

A 23 ans, il fit un séjour dans le service de M. Bard pour une maladie de cœur. Il nous raconte qu'il avait de la fièvre et qu'il sortit de l'hôpital complètement guéri, après trois mois de traitement.

A partir de cette époque, et jusqu'au début de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital. il fit quel-

ques excès alcooliques, buvant par jour, en moyenne, deux litres de vin et quatre ou cinq absinthes.

Depuis trois ans, il tousse pendant l'hiver.

Sa maladie a débuté il y a seize mois, par des points douloureux dans l'abdomen, à droite, au niveau du point de Mac-Burney. Il fut amélioré par un traitement qui semble avoir consisté surtout en purgatifs.

A peu près à la même époque, parut une tumeur à gauche au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est sujette à des variations de volume.

Il n'a jamais eu d'ictère et n'accuse aucun trouble digestif.

Ses urines sont rouges, peu abondantes, mais il n'a jamais eu de débâcle après rétention, jamais de sang ni de pus dans les urines.

A l'entrée, la face est pâle et amaigrie. Le malade dit avoir perdu treize kilogrammes depuis deux ans.

L'examen de l'abdomen montre une voussure notable de sa partie supérieure, voussure faisant saillir à droite les fausses côtes.

La percussion décèle une zone étendue de matité complète se confondant en haut avec celle du foie au niveau du mamelon, et descendant en bas jusqu'à une ligne à peu près horizontale, un peu au-dessous de l'ombilic. A gauche, cette zone mate se continue jusqu'à douze centimètres de la ligne médiane.

La palpation fait sentir en toute cette zone mate une tumeur dure et résistante, surtout à droite; à gauche, elle est plutôt rénitente, peut-être même fluctuante. Les bords en sont mal délimités, sauf en bas et un peu à droite de la ligne médiane où l'on

sent assez vaguement un bord libre, mobile avec les mouvements respiratoires. La surface de la tumeur est lisse et non mamelonnée. Pas de ballotement rénal. Pression un peu douloureuse à droite. Audessous de la tumeur le ventre est souple. Matité dans les flancs descendant très bas, avec un peu de flot lombo-abdominal.

Aucun trouble digestif, à part la perte d'appétit. Les matières sont foncées.

Jamais d'ictère. Pas de troubles urinaires.

Aux poumons. — En avant : inspiration soufflante des deux côtés. Râles abondants à droite, rares à gauche. Submatité des deux côtés. En arrière et à droite, râles abondants prédominant surtout au sommet. A gauche, ils sont plus rares et siègent surtout à la base où ils s'accompagnent de quelques ronchus sonores. Toux assez fréquente, crachats muco-purulents peu abondants.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace intercostal et se déplace légèrement dans les changements de position. Les bruits sont normaux mais le rythme tend à être pendulaire.

Pouls petit, cent pulsations. Artères souples.

Urines : traces légères d'albumine.

Pas de température.

5 mai 1902. — La ponction pratiquée à gauche, au point le plus saillant, donne issue à 200 grammes environ d'un liquide louche, séro-purulent. L'aiguille est dans une cavité vaste où l'on sent des vésicules filles.

Le liquide du kyste contient 25 grammes d'albumine par litre.

L'examen du sang fait par M. le docteur Jean Lépine a donné les résultats suivants par millimètre cube :

5.200.000 globules rouges.
28.000 globules blancs.

Donc hyperglobulie et leucocytose, le rapport des globules blancs aux hématies étant de 1/185.

Les différentes variétés de globules blancs étaient entre elles dans le rapport suivant :

Polynucléaires neutrophiles...	66 p.	100
Eosinophiles.....	18 p.	100
Grands mononucléaires.....	4 p.	100
Lymphocytes.....	12 p.	100
Quelques rares Mastzellen.		

Le malade est envoyé dans le service de M. le professeur Jaboulay qui pratique l'opération radicale.

Une incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic conduit jusqu'au péritoine pariétal. Celui-ci sectionné, le foie apparaît entièrement coiffé d'un nouveau feuillet péritonéal mince, transparent, qui n'est autre chose que le ligament suspenseur dédoublé à la surface de la glande très hypertrophiée. On l'incise alors et le parenchyme apparaît uni, rouge, sans l'aération à la vue.

Le lobe droit est très augmenté de volume. Une

lésion en est probable. Mais une ponction n'ayant donné issue à aucun liquide on se dirige vers le lobe gauche et on enfonce obliquement le trocart de droite à gauche. Immédiatement on voit s'écouler 400 à 500 grammes environ de liquide louche, de teinte jaunâtre, presque séro-purulent et rappelant une origine biliaire. Ce liquide toutefois ne présente aucune des réactions de la bile ; par contre, il est fortement albumineux, signe certain de la mort des hydatides.

L'ouverture de la poche est agrandie au bistouri et la paroi propre extirpée en totalité. Après quoi, on assèche la cavité sans aucune autre manœuvre.

L'évacuation de ce kyste n'ayant pas diminué le volume du lobe droit, on profite du chemin parcouru du côté du lobe par l'intervention, pour l'explorer minutieusement.

On le ponctionne à nouveau, mais cette fois par l'intérieur de la poche à travers le lobe médian, gagnant ainsi la partie toute postérieure de la glande. Un liquide clair, limpide comme de l'eau de roche, non albumineux, s'écoule aussitôt. Dans ce second kyste les hydatides étaient donc bien vivantes.

On retire le trocart et on pratique une incision de 5 centimètres en plein tissu hépatique. Le contenu du kyste, un litre environ, s'écoule facilement.

On essaye alors d'extraire la membrane germinative, mais une hémorrhagie *a vacuo*, inquiétante par son abondance, — le malade pâlisait de plus en plus, — oblige à terminer rapidement.

Une mèche de gaze volumineuse introduite dans

la poche du lobe droit y disparaît tout entière. La poche du côté gauche est simplement tamponnée et on rétrécit, en dernier lieu, l'incision abdominale en ayant soin toutefois de placer une mèche partant de la poche superficielle et aboutissant à l'intérieur. On réalise ainsi un bon drainage capillaire.

Grâce à ce drainage le sang et la sérosité exsudés ont pu s'écouler continuellement depuis l'opération qui date de trois jours.

Le malade a eu cependant de la fièvre, on a alors facilité et augmenté le drainage en faisant sauter quelques points de suture, mais il n'a jamais eu de réaction péritonéale.

Il n'a pas vomi. Son ventre est resté souple. Enfin il a toujours uriné spontanément.

Des injections de sérum à la dose de un litre par jour, ont largement contribué à relever et à maintenir son état général.

11 mai. — Ablation de la mèche de la poche gauche.

22 mai. — Ablation de la mèche de la poche droite.

26 mai. — Le pansement est enlevé, souillé d'un liquide jaunâtre, comme les jours précédents. Par la plaie sort un drain qui ne fonctionne pas. Il est retiré.

La plaie apparaît comblée à droite par une surface hépatique appartenant au lobe droit, à gauche par un bouchon formé de membranes hydatiques très molles, analogues à du blanc d'œuf. Ces membranes

sont extraites avec des pinces. Elles ne se laissent pas attirer au dehors et se morcellent par petits fragments.

On ordonne au malade de tousser et il expulse un long lambeau et une quantité assez considérable de pus.

On continue à le faire tousser et à chaque effort d'expulsion, un jet de pus s'échappe. La quantité de de pus évacuée est de plus d'un litre. Le malade qui, la veille, avait une très forte ascension thermique, se dit soulagé.

Depuis son état n'a fait que s'améliorer. Il reprend appétit, augmente de poids et tout fait prévoir une guérison prochaine.

PATHOGÉNIE

Les œufs du *tœnia echinococcus* ingérés par l'homme avec les légumes verts non soumis à la cuisson et les eaux non filtrées, arrivent au contact des sucs digestifs qui ramollissent leur coque et mettent en liberté une petite masse gélatineuse ovoïde, l'embryon hexacanthé. Grâce à ses petites dimensions, ce protoscolex du *tœnia* chemine dans les ramuscules d'origine de la veine porte et arrive ainsi jusqu'au parenchyme hépatique où il se fixe.

Il perd alors ses crochets, augmente de volume et se transforme en une masse sphérique à contenu liquide qui n'est autre chose que l'hydatide. L'irritation continue qu'il produit sur les tissus voisins amène la formation d'une membrane conjonctive fibroïde, qui constitue la membrane adventive.

Au contact de cette membrane d'enkystement on en trouve une autre « amorphe, translucide, élastique, tremblotante, composée de strates concentriques

séparées par des plans de clivage faciles à détacher les uns des autres et qui s'enroulent sur elles-mêmes comme des membranes élastiques lorsqu'on vient à les détruire ». Sa surface interne est tapissée par la membrane germinale ou fertile de Charles Robin, de laquelle se détachent des vésicules filles qui peuvent être acéphalocystes ou bien constituer de véritables échinocoques avec tête, crochets et ventouses.

A l'intérieur de la cavité ainsi formée, on trouve un liquide transparent comme de l'eau de roche, de densité faible, riche en chlorures et dépourvu d'albumine, au milieu duquel nagent parfois des poches hydatiques et des crochets. Certains auteurs ont signalé quelques traces d'acide succinique qui se colore en brun par le perchlorure de fer.

Le kyste hydatique peut s'accroître dans des proportions énormes, déformer complètement le foie, refouler et comprimer les organes abdominaux ou thoraciques. Il peut aussi subir une diminution notable de volume par suite de la résorption totale ou partielle de son contenu qui se transforme en une masse boueuse, analogue à du mastic de vitrier et susceptible même de se calcifier. Mais généralement, il évolue insidieusement sans provoquer de symptômes bien nets et brusquement, soit par inflammation, soit par compression, soit plus souvent encore, sous l'influence d'un épanchement de bile, les hydatides meurent et le liquide devient albumineux. Enfin et c'est là, une complication des plus fréquentes et des plus redoutables, le contenu du kyste peut suppu-
rer.

De nombreuses expériences ont été faites, qui ont montré que le liquide hydatique normal ne contenait pas de micro-organisme et que les épanchements dans le péritoine n'étaient suivis d'aucun accident infectieux. L'ensemencement dans différents bouillons n'a jamais donné de colonne microbienne et les cultures sur gélose, gélatine ont toujours été négatives. Les seuls accidents, bien connus d'ailleurs des chirurgiens, et qui succèdent soit à la ponction, soit à l'ouverture spontanée du kyste, sont dus aux ptomaines que contient en abondance le liquide hydatique et consistent en un urticaire plus ou moins intense et en phénomènes de collapsus pouvant même aller jusqu'à la mort. Le mécanisme de cette intoxication serait, d'après de Sèze, le suivant : « Asphyxie à la fois par privation d'air, les bronches contractées se refusant à son passage et par arrêt de la petite circulation, les vaisseaux pulmonaires opposant une grande résistance au flot sanguin ».

Dans la plupart des autopsies le cœur a été trouvé dilaté et plein de sang. Chauffart cependant a constaté l'arrêt du cœur en systole.

Si on plonge dans les bouillons ensemencés avec différents microbes de petites vésicules transparentes extraites d'un kyste hydatique vivant, on constate, au bout de dix jours qu'elles ne contiennent aucun microbe. La membrane hydatique joue donc le rôle d'un filtre parfait. Elle arrête au passage les différents divers agents pathogènes venus de l'intestin mais elle laisse passer les substances solubles qu'ils

secrètent. On connaît la fameuse expérience de Chauffard. Une vésicule transparente est plongée dans un bouillon ensemencé avec le bacille pyocyanique. Huit jours après le bouillon de culture est d'un vert intense. On retire la vésicule qui est restée parfaitement translucide et on est frappée de la coloration vert absinthe de son contenu. Celui-ci retiré avec une pipette stérilisée et ensemencée dans du bouillon donne un résultat négatif.

Il faut donc admettre que la suppuration d'un kyste hydatique ne peut se produire qu'à la condition que ses parois soient altérées et aient perdu ainsi leurs propriétés fibrantes.

Mais quel est le siège précis de ces lésions et par quel mécanisme se fait l'infection ?

« La membrane hydatique étant dépourvue de vaisseaux, dit Murchinson, il est peu probable qu'elle puisse être le siège d'un travail inflammatoire quelconque, et par suite, de suppuration. Quand on parle d'inflammation ou de suppuration d'un kyste hydatique, ce n'est pas des hydatiques qu'il s'agit, mais bien du kyste adventice et du tissu ambiant. On peut néanmoins, poser comme règle, que si l'ouverture du kyste a lieu avant qu'il soit survenu de complications appréciables on aura un contenu liquide et homogène ». Nous avons vu que les kystes hydatiques s'entouraient d'une coque fibreuse provenant de la réaction inflammatoire du parenchyme hépatique. Or, c'est à ce niveau que se produit, par l'action irritante du kyste, la péri-kystite suppurative, nécessaire, d'après Chauffard et Widai, pour expli-

quer ces altérations de la membrane cuticulaire, qui, atteinte dans sa vitalité, perd sa transparence, devient sèche, jaunâtre et cassante et permet ainsi l'arrivée dans le kyste des différents microbes du tube digestif : *leptothrix*, *buccalis*, *bacterium coli commune*, etc.

Tous les microbes peuvent être rencontrés dans le pus d'un kyste hydatique, cependant les germes pyogènes s'y rencontrent assez rarement, ce qui explique sa faible virulence. M. Tuffier a rapporté un cas où, au moment de l'incision d'un kyste suppuré du foie pris pour une pleurésie purulente, il y eût pénétration directe dans la cavité pleurale d'une notable quantité de pus hydatique. Malgré l'absence de tout lavage antiseptique de la plèvre, il n'y eut aucune réaction de la séreuse, » Chauffard.

Lippmann, de son côté, a pu, par la méthode de Veillon et Züher, pratiquer l'examen complet d'un pus hydatique et en isoler les diverses variétés microbiennes exclusivement anaérobies. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

« 1° En goutte libre. — Au milieu de nombreux globules rouges et cellules de pus, on remarque : Un coccus très mobile, un cocco-bacille peu mobile, un bâtonnet grêle immobile.

2° Après coloration au Ziehl. — Le même cocco-bacille, le même coccus en amas le plus souvent, parfois en diplocoques ou en courtes chaînettes, plus un fin bacille.

3° Après la méthode de Gram. — Toutes les formes sont décolorées, sauf un fin coccus.

De nombreux ensemencements sont pratiqués sur les milieux anaérobies (bouillon, gélose, gélatine, lait) et sur douze tubes de gélose sucrée profonde, par dilutions successives.

Toutes les cultures anaérobies sont restées stériles.

Les tubes de gélose anaérobie ont cultivé d'une manière active. Les examens répétés des cultures, les repiquages en divers milieux anaérobies (lait, bouillon, gélatine) permirent d'isoler trois espèces microbiennes.

Un streptocoque anaérobie, gardant le Gram, troublant uniformément la culture : streptococcus tennisi. le staphylococcus parvulus avec les caractères que lui ont donné Veillon et Züber.

Une seule espèce bacillaire enfin : le bacillus nebulosus tout à fait caractéristique.

Les inoculations pratiquées aux animaux sont restées toutes sans résultat ».

Ces expériences nous montrent combien puériles étaient les terreurs des anciens chirurgiens qui, redoutant l'infection de la cavité péritonéale, se contentaient de traiter les kystes hydatiques du foie, suppurés ou non, par la simple ponction. « La crainte du péritoine, disait Poulet, est le commencement de la sagesse ». L'incision antiseptique directe n'a pas été sans rencontrer quelque résistance de la part des praticiens habitués aux anciennes méthodes si lentes pourtant et si peu sûres, Aujourd'hui, en présence d'une affection aussi grave, l'hésitation n'est plus permise, étant donné surtout que la résorption d'une collection purulente est toute hypothétique et que son

évacuation par les voies naturelles (poumon, estomac, intestin) se fait avec une extrême rareté et n'est pas dépourvue de danger.

Les microbes peuvent parvenir au kyste par la voie sanguine (artère hépatique et veine porte), mais la voie la plus fréquemment suivie est la voie biliaire. « Le canal cholédoque s'abouche, en effet, dans le duodénum dont la place microbienne est très riche : des staphylocoques, des streptocoques et surtout le coli-bacille, qu'on a trop longtemps considéré comme un saprophyte inoffensif, s'y trouvent chez l'homme sain et, dans les infections, nombre de microbes pathogènes peuvent y apparaître (bacille de choléra, bacille d'Eberth etc...) ». Collet. On conçoit donc que l'infection des canaux biliaires puissent se faire assez facilement, mais pour cela il est de toute nécessité que le cours de la bile soit interrompu, ou plus ou moins entravé.

Longtemps considérée comme antiseptique, la bile, ainsi que l'ont bien démontré Hanot et Létienne, constitue un milieu de culture favorable au développement du coli-bacille et du streptocoque et une addition de bile à une culture n'entrave nullement la publication microbienne. Il faut donc admettre que la bile est simplement aseptique et que les voies biliaires sur leur plus grande étendue ne sont privées de microbes que parce qu'elles les balaye incessamment sur son passage. C'est donc par une simple action mécanique qu'elle protège les canaux biliaires. Le mucus sécrété par ces derniers et

dont on connaît les propriétés bactéricides remplit un rôle analogue.

La compression du canal cholédoque, son obstruction par un calcul ou même par un hydatide favorisent ainsi une infection qui, du sphincter duodénal du cholédoque, peut remonter jusqu'au foie. L'inflammation peut également être primitive. Elle est due alors, d'après Raffi, à « une auto-intoxication produite par la résorption des substances toxiques du tube digestif devenues plus abondantes et agissant directement, après résorption, sur le foie qu'elles traversent ».

L'infection par les voies biliaires se fait d'autant plus facilement que, même à l'état normal, les microbes s'y trouvent en grand nombre. Gilbert et Lippmann, pour démontrer ce microbisme latent, ont pratiqué desensemencements de bile prise en des points différents des voies biliaires et ont pu ainsi cultiver un certain nombre de microbes anaérobies. La partie inférieure du canal cholédoque n'est donc pas seule infectée, les voies biliaires extra-hépatiques dans toute leur étendue, le sont également, bien qu'à un degré moindre.

La conclusion à tirer est la suivante : les voies biliaires supérieures, sont, à l'état normal, presque constamment habitées, soit par des microbes anérobies, soit par des microbes anaérobies. Inoffensifs pour la plupart, sous l'influence de causes encore mal déterminées, ils exaltent leur virulence et propagent l'infection jusqu'au foie.

La voie lymphatique est plus rarement suivie. Les

vaisseaux lymphatiques ne communiquent pas, en effet, avec l'intestin et l'infection ne peut provenir que de la séreuse péritonéale, grâce aux anastomoses qui font communiquer les ganglions lymphatiques du foie avec le groupe sus-aortique supérieur.

Mais une question ici se pose. Pourquoi, dans les cas de kystes multiples, trouve-t-on parfois, au moment de l'intervention, à côté de kystes suppurés, des kystes parfaitement sains ? C'est que, très probablement, de nombreuses causes interviennent, qui déterminent la localisation de l'infection dans telle ou telle partie de l'organe, un traumatisme léger dont le malade n'aura pas souvenance et qui aura modifié suffisamment les tissus pour en faire un lieu de moindre résistance, ou bien le voisinage plus proche des voies biliaires et du gros intestin. On pourrait également supposer que les kystes à contenu limpide et non albumineux se sont développés après les kystes suppurés. Mais l'explication la plus admissible nous semble être la suivante :

L'infection se faisant par voie ascendante, les microbes venus de l'intestin cheminent de proche en proche dans les canaux biliaires et sèment l'infection sur leur parcours.

Les kystes les plus rapprochés sont les premiers atteints, mais l'infection continue sa marche et progressivement envahit le parenchyme hépatique tout entier, on conçoit donc que le chirurgien, en intervenant dans le cas d'un kyste suppuré, puisse trouver des kystes vivants plus profondément situés et

ayant, pour cette raison, échappé momentanément à l'infection.

On ne saurait admettre, en effet, que la propagation de l'infection se fasse à travers le parenchyme hépatique. C'est assurément vrai pour des kystes très voisins, séparés uniquement par les tissus qui sont le siège de péri-kystite suppurative, mais pour des kystes très éloignés les uns des autres il ne saurait en être ainsi. Citons à ce propos le cas bien connu, rapporte par Ducastel dans le *Bulletin de la Société Anatomique* de janvier 1869, et où des abcès multiples du foie, contenant, par conséquent, des agents pathogènes d'une extrême virulence, avaient pu évoluer à côté de kystes hydatiques, sans que ces derniers aient subi la moindre infection.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de kystes hydatiques multiples du foie présente toujours les plus grandes difficultés, et, c'est après avoir éliminé un certain nombre d'affections qui lessimulent parfois à s'y méprendre, que, souvent, à tout hasard, on se décide à le porter.

L'évolution de la maladie, l'urticaire, le dégoût des matières grasses, les douleurs dans la région de l'épaule droite, la pleurésie droite sèche ou avec épanchement, plus tard, l'augmentation de volume du foie, la douleur localisée, la déformation hépatique, la tumeur dans les périodes avancées, le frémissement hydatique, la température dans le cas de suppuration, tels sont les signes auxquels on reconnaîtra cette affection,

En clinique, l'évolution d'un kyste hydatique comprend deux périodes distinctes : « Dans l'une, les accidents sont nuls et les troubles fonctionnels à peine accusés ; la tumeur parasitaire se développe

silencieusement, sans donner lieu à d'autres symptômes que ceux qui résultent de son augmentation progressive de volume ; dans la seconde période, au contraire, la scène change ; des accidents aigus, des ruptures inopinées se produisent, l'expression symptomatique devient complexe et les phénomènes généraux graves ». Rendu. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*.

Dans un cas rapporté par Guilaïne, un kyste hydatique suppuré fut pris pour un abcès froid thoracique développé au niveau du neuvième espace intercostal droit, un peu en arrière de la ligne axillaire. L'origine de cet abcès semblait être une lésion tuberculeuse de la neuvième côte, au niveau de laquelle la pression était douloureuse. « L'aspect de la tumeur, sa forme arrondie ou légèrement ovale, allongée suivant l'axe costal, semblait en rapport avec un abcès froid de la région, et cependant l'opération vint montrer qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie suppuré, dont la poche s'était rompue ».

L'évolution lente, la marche tornide, la cachexie surtout à la période de suppuration ont pu faire songer parfois à la tuberculose. L'observation de Guyot dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux* du 8 octobre 1886 est à cet égard fort suggestive.

Souvent aussi les kystes hydatiques de la convexité du foie ont été pris pour des pleurésies. Et cette erreur est d'autant plus fréquente qu'ils peuvent, on le sait, acquérir un volume considérable sans déterminer d'abaissement de l'organe où ils ont pris naissance. « Pourquoi, dit Gaillard, les kystes hydatiques

après avoir émergé du parenchyme hépatique, opèrent-ils si aisément leur ascension dans le thorax ? Pourquoi, triomphant si aisément de la résistance du diaphragme, de la plèvre, du poumon, quelquefois même des côtes, négligent-ils de mettre en mouvement le foie, dont la fixation est pourtant si défectueuse ? » C'est là un fait clinique, bien souvent constaté, et dont la connaissance peut éviter parfois une erreur grossière de diagnostic, mais dont nous ne pouvons donner aucune explication scientifique.

« La matité du kyste, dit le Dr Dylion, dans sa thèse inaugurale, peut dépasser la ligne médiane, tandis qu'un liquide épanché dans la plèvre se trouve limité par le cul-de-sac antérieur de cette membrane et peut dépasser, par suite, en bas surtout, le bord droit du sternum ».

Ceci est vrai, aussi bien pour les collections pleurales que pour les infiltrations pulmonaires de quelque nature qu'elles soient, et le meilleur moyen d'éviter cette erreur nous semble être la ponction pratiquée, bien entendu, avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Seule, elle tranche le diagnostic, car seule elle permet de mettre en évidence les crochets si caractéristiques des échinocoques.

Un kyste hydatique suppuré du foie, par la voussure qu'il présente et par la cachexie dont toujours il s'accompagne, peut parfois en imposer pour un cancer. « Mais dit Rendu, il est rare que l'hésitation soit de longue durée, car les bosselures du carcinome sont multiples et ne ressemblent guère

au mode de déformations produites par l'hydatide. L'état général diffère également dans les deux affections. Dès le début du cancer l'appétit est perdu et le malade est déjà cachectique avant de présenter la moindre tumeur. » A la période de suppuration cependant, l'erreur est fréquente et la symptomatologie de ces deux affections présente parfois de telles analogies que, si l'on en croit Guilaïne, souvent on a pu faire l'erreur inverse c'est-à-dire prendre un cancer pour un kyste hydatique du foie.

Les antécédents gastriques du malade, l'évolution de la maladie, la cachexie progressive ne permettront pas de confondre cette affection avec le cancer du pylore.

On éliminera facilement la cirrhose hypertrophique qui se complique d'ictère et s'accompagne d'hypertrophie de la rate.

L'absence d'une affection antérieure des voies respiratoires, et en particulier de la tuberculose, et la présence d'une affection antérieurement constatée (ulcère de l'estomac, appendicite) seront en faveur d'un abcès sous-phrénique.

On ne confondra pas non plus les kystes suppurés avec les abcès du foie. L'évolution est la même, mais les antécédents du malade mettront facilement sur la voie du diagnostic.

Memmi au XI^e Congrès de la Société italienne de médecine interne, tenu à Pise, du 27 au 31 octobre 1901, indique comme moyen de diagnostic l'examen du sang qui révèle toujours dans le cas de kystes hépatiques, un éosinophilie des plus mar-

quées. Il a pu reproduire expérimentalement cette éosinophilie chez les animaux en leur injectant du liquide hydatique et la suppose en rapport avec les produits d'échanges organiques du parasite.

Darguin et Tribondeau, à la séance de la Société de Biologie du 2 novembre 1901, insistent également sur la valeur séméiologique de l'hémo-diagnostic des kystes hydatiques ; ceux-ci provoquent des réactions sanguines indépendantes du siège même de la tumeur, et la formule hématologique générale peut se résumer ainsi : « hyperglobulie variant de 5.000,000 à 6.890,000 avec hyperleucocytose variant de 10,000 à 15,000 et constituée par des polynucléaires avec éosinophilie de 4 à 8 pour 100. »

Le malade de l'observation I a été examiné par M. le Dr Jean Lépine, qui a bien voulu nous transmettre les résultats de ses recherches. « L'examen du sang a donné les chiffres suivants : 5.200,000 globules rouges et 28,000 globules blancs par millimètres cube ; donc, hyperglobulie et leucocytose, le rapport des globules blancs aux hématies de 1/185. Les différentes variétés de globules blancs étaient entre elles dans le rapport suivant : polynucléaires neutrophiles 66 p. 100 ; éosinophiles 18 p. 100 ; grands mononucléaires 4 p. 100 ; lymphocytes 12 p. 100 ; quelques rares Mastzellen. »

Ce procédé de diagnostic n'a pas toutefois une valeur absolue, et MM. Milian, Tuffier et Marcel Labbé ont pu trouver les mêmes réactions sanguines

chez un jeune homme porteur d'un volumineux myxome pris pour un kyste hydatique.

Enfin, dans les cas d'anémie intense la formule peut être modifiée, mais la contradiction n'est qu'apparente et s'explique par la suppuration et l'action déglobulisante des pigments biliaires.

Nous voyons donc que, s'il est possible parfois de diagnostiquer fermement les kystes du foie, non suppurés, les difficultés croissent, quand il s'agit d'une suppuration intra-cavitaire. Ici, ce sont des considérations purement étiologiques, qui pourront permettre de hasarder un diagnostic entre un kyste hydatique suppuré, un abcès d'origine dysentérique ou un cancer à marche aiguë par exemple. A plus forte raison, quelles ne seront pas les difficultés, quand en plein parenchyme hépatique se trouveront réunies deux poches kystiques, l'une à contenu clair, limpide et l'autre à contenu nettement suppuré.

Dans le tableau clinique, la poche suppurée tiendra la première place et la poche aseptique restera presque infailliblement silencieuse. On conçoit donc que jamais dans les cas de kystes centraux on ait pu faire le diagnostic de multiplicité des kystes. Seuls, les kystes superficiels et multiples, grâce à leurs bosselures, grâce au peu d'augmentation de la glande hépatique dans son ensemble, ont été dans des cas bien rares, disons-le, reconnus par le clinicien.

Peut-être, les recherches hématologiques encore trop récentes pour être pleinement probantes pourraient-elles nous fournir ce moyen de diagnostic. Si l'on suppose, par exemple, un cas de kyste hyda-

tique suppuré, diagnostiqué, dont la formule hémalogique diffère de la formule type, établie par Darguin et Tribondeau à la suite de Memmi, on pourra penser à l'existence simultanée d'un kyste hydatique aseptique. C'est ainsi qu'on pourrait constater que malgré la cachexie, la réaction éosinophile existe encore, bien que diminuée, grâce à la présence dans un lobe du foie, d'un second kyste ayant échappé à l'infection.

Nous aurions peut-être là un nouvel élément de diagnostic qui nous permettrait, après avoir fait le diagnostic de kystes multiples suppurés du foie, et constaté la persistance de l'éosinophilie, de faire quelques réserves sur l'état d'infection de certains d'entre eux.

Malgré tout, à l'heure actuelle, nous en sommes réduits à des hypothèses. Les signes généraux de l'infection dominant toujours la scène, le diagnostic seul de kystes suppurés est possible, et la présence simultanée dans le foie de kystes hydatiques suppurés et vivants, ne peut être affirmée qu'au moment de l'intervention ou dans la salle d'autopsie.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes hydatiques du foie par de larges incisions, bien que de date récente, est aujourd'hui universellement adopté. On craint moins qu'autrefois l'ouverture de la séreuse péritonéale et son infection par les produits suppurés et toxiques des kystes. Lassus, dans le journal de Corvisart, critiquait vertement l'ouverture artificielle de ces collections suppurées, qu'il considérait comme une absurdité. Récamier devait lui donner, quelques années plus tard, un éclatant démenti en créant une méthode permettant l'ouverture large des kystes hydatiques et « son procédé, dit Masure, n'était pas sans valeur, puisque, jusqu'en 1875, il ne fut que très légèrement modifié par les partisans d'une intervention radicale. Il provoquait une inflammation localisée du péritoine, et, grâce aux adhérences qui se formaient entre les deux feuillets péritonéaux, il

pouvait ouvrir et vider la collection sans crainte de provoquer une péritonite.

Le bistouri était ici remplacé par une application de potasse caustique. La rondelle, en contact avec les tissus, déterminait la formation d'une escharre, sur l'escharre ainsi produite, il plaçait une deuxième couche de caustique et ainsi de suite jusqu'à la perforation complète de la paroi abdominale. Il arrivait ainsi jusqu'au kyste, qui s'ouvrait spontanément et sans danger aucun pour l'opéré, grâce aux adhérences qui s'étaient formées autour de la plaie et qui préservaient la cavité péritonéale de toute infection.

Bégin préférait l'incision par le bistouri. Il reprochait au procédé de Récamier sa lenteur extrême et les souffrances qui en résultaient. Le caustique mettait, en effet, plus de quinze jours pour pénétrer jusqu'au kyste et les accidents qu'il déterminait étaient nombreux et souvent fort graves. Tantôt l'inflammation était difficile à limiter et l'escharre prenait des proportions effrayantes; tantôt, au contraire, le trajet allait en se rétrécissant à mesure qu'on approchait de la surface péritonéale, déterminant ainsi des rétentions de produits septiques avec toutes leurs conséquences.

Le procédé opératoire de Bégin a été décrit dans le journal hebdomadaire de 1830. Nous en extrayons les lignes suivantes :

« Une incision longitudinale de deux pouces et demi environ, faite sur le côté droit de la ligne blanche, le long du bord interne du muscle droit correspondant, divisa successivement la peau, le

tissu cellulaire sous-cutané, le feuillet superficiel de l'aponévrose abdominale, puis son feuillet profond et enfin le péritoine. Les fibres charnuës du muscle droit furent écartées en dehors ; après avoir ouvert le péritoine, avec toutes les précautions usitées pour l'incision des sacs herniaires, on put voir, libre d'adhérences et recouverte par les feuillets gastriques de l'épiploon, la surface extérieure du kyste. L'opération fut alors arrêtée ; une compresse fenêtrée de cérat et un plumasseau de charpie, des compresses et un bandage de corps servirent au pansement. Aucune ligature artérielle n'a été pratiquée.

« Le quatrième jour l'appareil fut levé ; le fond de la plaie commençait à se tapisser de bourgeons cellulux et vasculaires, des adhérences solides étaient établies entre les bords et les parties profondes. Un bistouri aigu, plongé au milieu de la solution de continuité pénétra dans le kyste d'où s'échappa une grande quantité de liquide aqueux et limpide. Une mèche de charpie fut introduite dans la solution de continuité, puis une canule en gomme élastique la remplaça et après une suppuration assez longue et l'évacuation de débris d'acéphalocystes, la guérison eut lieu. »

Ce procédé ne donne pas, cependant, tous les succès qu'en attendait son auteur. La mortalité fut grande parmi les opérés et on dut recourir à l'ancienne méthode par les caustiques. Le primitif pansement de cérat et de plumasseau de charpie qu'on introduisait dans la cavité péritonéale, pour favoriser les

adhérences, explique, d'ailleurs, assez bien ces succès.

La découverte de l'antisepsie devait tirer de l'oubli cette méthode qui fut remise en honneur, en Allemagne, par Volkmann. Après antisepsie rigoureuse de la paroi abdominale, « ce chirurgien pratiquait, sous chloroforme, une incision de 8 à 10 centimètres, parallèle au rebord des fausses côtes, jusqu'au feuillet pariétal du péritoine.

« Celui-ci était incisé, sur la sonde cannelée, dans toute la longueur de la plaie. L'opération était alors arrêtée et on procédait au pansement avec toutes les règles de la plus stricte antisepsie. La plaie, remplie de gaze iodoformée, était recouverte d'une couche d'ouate phéniquée ou salicylée. On maintenait le tout en place, par plusieurs couches d'ouate ordinaire, et on serrait fortement le pansement pour immobiliser le péritoine dans la mesure du possible.

« Huit à dix jours après, le pansement était enlevé et on incisait, sans anesthésie, le kyste qui se présentait au fond de la plaie. Le liquide qu'il contenait se vidait alors sans qu'il lui soit possible de s'écouler dans le péritoine.

« Après un lavage antiseptique de la cavité avec une solution d'acide salicylique, on plaçait dans la plaie un gros drain, on bourrait de gaze iodoformée et on procédait au pansement. Les irrigations étaient répétées tous les jours ou tous les deux jours, suivant la quantité de la sécrétion. Généralement, au bout d'une semaine, la membrane germinatrice se détachait et sortait par morceaux. » Masure.

Cette incision en deux temps, excellente dans les cas de kystes superficiels, est loin de présenter les mêmes avantages lorsqu'il s'agit de kystes profonds. Elle expose, dit Landau, à méconnaître un second kyste, tandis qu'une laparotomie complète permet l'examen direct du voisinage du kyste, la constatation des adhérences avec les organes connexes, et, par la palpation avec la main introduite dans l'abdomen, permet presque toujours de reconnaître l'existence d'un nouveau kyste, à moins qu'il ne soit central et ne détermine, pour cette raison, aucune saillie à la surface de l'organe. La persistance des symptômes et l'augmentation de volume du foie permettent seuls, dans ce cas, de faire le diagnostic.

Dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, Braine rapporte l'observation suivante de Kuster.

OBSERVATION II

Jeune fille, 9 ans.

20 septembre. — Première incision courbe, suivant le trajet des côtes droites. Découverte du péritoine. Application de morceaux de gaze antiseptique dans la plaie. Après quatre jours il y avait soudure des deux feuillets du péritoine; mais la plaie parut si prête à se cicatriser qu'on dut écarter la soudure avec les doigts et qu'on dut remettre un nouveau tampon de gaze phéniquée.

30 septembre. — Quand le foie ne fit plus de mouvements contraires à la cicatrisation, la capsule du kyste fut coupée

et il en sortit un flot de liquide clair et une partie de la membrane germinative.

En essayant, avec les doigts, de retirer le reste des membranes, on trouva un second kyste situé au-dessous du premier, on en profita pour l'ouvrir.

Dans la plaie extraordinairement profonde on plaça un long drain. La suite ne fut troublée que par un certain degré d'intoxication phéniquée qui disparut après l'abandon du pansement phéniqué et l'administration d'acide salicilique.

29 novembre. — La plaie bourgeonne très bien. Peu de jours après elle se ferme.

L'état général s'est amélioré depuis ce temps.

Nous ne mettons pas en doute la valeur de ce procédé, mais nous pensons qu'en présence de kystes suppurés, il importe, non seulement d'aller vite, mais encore et surtout, d'assurer, par un drainage parfait, le libre écoulement des produits toxiques des kystes. Or, dans ce cas, le drainage capillaire nous paraît infiniment préférable. Mieux qu'un drain il assure, en effet, l'issue, à travers la plaie abdominale, des liquides situés dans les poches les plus profondes.

Lorsqu'il y a suppuration, on ne peut songer à employer le procédé Delbet qui consiste dans la réduction sans drainage. Excellent dans le cas de kystes vivants, il peut, dans le cas de kystes suppurés, déterminer les plus graves complications par la rétention des produits putrides que toujours et nécessairement il provoque. Aussi Quénu prétendait-il que cette méthode ne constituait qu'un pro-

cédé d'exception, s'adressant à des cas particuliers de kystes petits, superficiels et non infectés.

Il est certain que ces inconvénients disparaissent lorsqu'il s'agit de kystes à contenu limpide et non albumineux. Les chances d'infection, si l'on considère que ces kystes sont toujours stériles, sont en effet peu considérables, et les lavages d'une cavité en somme aseptique ne peuvent qu'altérer la vitalité et diminuer la résistance des éléments anatomiques en produisant une exsudation qui, en gênant la rétraction de la poche, rendrait le drainage nécessaire. C'est ainsi que Bougé, en passant son premier point de capiton, ayant découvert un deuxième kyste plus volumineux que le premier, put obtenir une guérison rapide, sans aucun drainage.

Delbet juge également complètement inutile de réséquer partie ou totalité de la poche adventice. « Elle est, en effet, un organe de défense; quand le parasite, sa raison d'être, est complètement enlevé, elle se rétracte, elle se résorbe, elle se fond, lorsqu'elle n'est pas infectée, avec une si merveilleuse rapidité, qu'il n'y a aucun avantage à en diminuer l'étendue ». Nous pensons, toutefois, qu'il est préférable de l'extraire et que cette ablation doit toujours être tentée, à moins qu'une hémorrhagie *a vacuo*, inquiétante par son abondance, n'oblige le chirurgien à terminer rapidement, comme c'est le cas, d'ailleurs, dans l'observation I.

En présence des kystes multiples et suppurés, quelle conduite doit tenir le chirurgien?

Nous ne saurions l'indiquer d'avance. Elle varie

avec la topographie et le volume des kystes. Elle varie avec l'état du foie et du poumon sus-jacent. Elle varie enfin avec l'état général du malade.

Nous voulons seulement insister sur l'ouverture du second kyste à travers la cavité du premier, et montrer que ce procédé opératoire présente, sur les autres, des avantages qui ne sont pas à dédaigner.

Dans notre observation, après avoir diagnostiqué sur la table d'opération une seconde collection postéro-inférieure, on aurait pu, abandonnant la voie antérieure, se frayer un chemin plus direct. On aurait réséqué, par exemple, une ou plusieurs côtes, puis créé une voie trans-pleuro-diaphragmatique ou bien, soulevant le cul-de-sac pleural avec le doigt; on aurait amené le diaphragme jusqu'aux lèvres de l'incision cutanée. Le kyste aurait pu être ainsi absorbé directement. Mais presque fatalement la plèvre aurait été infectée et nous nous souvenons à ce propos d'un malade qui eut un pyo-pneumothorax énorme comprimant les deux veines caves et déterminant un œdème considérable du membre inférieur droit et de la moitié correspondante de la face.

D'ailleurs, si l'on peut, en théorie, discuter la valeur de tel ou tel procédé, dans le cas qui nous occupe il ne semble pas qu'on eût pu avoir recours à un autre. Le malade était dans un état grave, fortement anémié et une intervention par la voie postérieure — manœuvre de longue durée — n'aurait pas été pour lui sans danger. Au contraire, l'ouverture de la seconde poche à travers la première n'a pas compliqué l'intervention.

On nous objectera, sans doute, que le drainage d'une collection postéro-inférieure par la voie épigastrique, ou autre, en traversant la plus grande partie du parenchyme, ne constitue pas un procédé idéal, mais il suffit de se rappeler le principe des drainages capillaires, remédiant merveilleusement au défaut de déclivité pour voir, qu'à moins de frais, on obtient tout aussi sûrement le but cherché, c'est-à-dire l'évacuation continue des foyers infectés.

Dans notre cas, nous en offrons pour preuve le suintement considérable qui a souillé le pansement les premiers jours qui ont suivi l'opération.

Ces mèches de gaz qui constituent le drainage seront laissées en place pendant quelques jours. On les retirera progressivement, sauf si le malade prenait de la température, indice d'une suppuration se faisant derrière le drainage.

OBSERVATION III

(MURCHINSON)

TUMEURS HYDATIQUES MULTIPLES DU FOIE ET DU PÉRITOINE. —
PARACENTÈSE D'UN KYSTE. — SUPPURATION D'UN SECOND KYSTE.
— LARGE OUVERTURE. — MORT.

Mary H..., âgée de vingt et un ans fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 25 septembre 1873. Son père et sa mère sont morts de consommation. Il y a 4 ans, elle remarqua dans

l'hypochondre droit un gonflement qui a continué à s'accroître. Un an plus tard, elle remarqua une seconde tumeur dans la région inguinale droite et une troisième à droite de l'ombilic. Pendant trois ans, elle a eu les veines de la jambe droite enflées et, depuis un an l'exercice lui donne de la dyspnée. Tout récemment elle a été prise d'une douleur lancinante dans l'hypochondre droit et elle a maigri.

A son entrée, elle est très affaiblie; elle souffre beaucoup dans le côté droit. Le volume de l'abdomen est considérablement augmenté : la circonférence à l'ombilic est de 40 pouces et deux pouces au dessus de ce point elle est de 38 $\frac{1}{2}$; du cartilage xyphoïde à l'ombilic 8 pouces et de l'ombilic au pubis 6 $\frac{1}{2}$. Dans l'hypochondre et à l'épigastre on constate une large tumeur, lisse, tendue, fluctuante et non sensible. On sent une seconde tumeur environ du volume d'une orange et tout à fait mobile, dans la région inguinale droite; une troisième un peu plus petite, à droite de l'ombilic et deux autres dans la région iliaque gauche. Toutes ces tumeurs sont lisses, arrondies, élastiques et distinctes les unes des autres. — Pas d'ascite. — Les veines des parois abdominales et thoraciques sont développées. En avant, du côté droit de la poitrine, il y a de la matité à la percussion, continue en bas avec celle de la tumeur précitée et s'étendant en haut jusqu'au second espace intercostal. Résonnance en arrière des poumons. Dyspnée considérable. Le point du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, deux pouces et demi en dehors et au niveau du mamelon. Appétit bon, fonctions intestinales régulières.

20 octobre. — On ponctionne à la partie la plus proéminente de la grosse tumeur, trois pouces au dessous du cartilage xyphoïde et un demi-pouce à droite de la ligne médiane et on retire à l'aide de l'aspirateur trois pintes d'un liquide clair, alcalin, densité 1010, chlorures en abondance, pas d'albumine ni de crochets. Après l'opération, la circonférence à l'ombilic était de 39 pouces et, deux pouces plus haut 37 $\frac{1}{2}$; 7 pouces entre le cartilage xyphoïde et l'ombilic.

22 octobre. — Douleur bien moindre; la respiration est plus libre qu'avant l'opération. Appétit bon. Température: 38°1 dans l'après-midi d'hier et aujourd'hui 38°43.

13 novembre. — Pendant ces trois dernières semaines, la malade a eu beaucoup de fièvre, sa température a oscillé entre 37°2 et 40°; elle a eu souvent des frissons, mais pas de tremblement, ni de transpiration. Le 24 octobre elle vomit une fois et a un peu d'ictère qui disparaît au bout de quelques jours.

Le 23 novembre. — La malade se sent toujours mieux qu'avant l'opération. La circonférence, deux pouces au-dessus de l'ombilic est de 38 pouces $\frac{3}{4}$. Peu après, la douleur reparut dans la grosse tumeur qui se développa rapidement jusqu'à aujourd'hui, au point que la circonférence donne 44 pouces; il y a un peu d'œdème des jambes, mais pas d'albumine. On enfonce l'aspirateur dans le même point que la première fois et on retire deux pintes d'un liquide opaque et jaunâtre. La canule s'étant bouchée, on ne put obtenir plus de liquide. M. Mac Cormac fit alors une large ouverture au kyste et on fit sortir ainsi neuf pintes de plus de liquide, mais sans que la cavité fut vidée. On fixa sur l'ouverture un drain perforé. La percussion donna alors un son clair dans une étendue de quatre pouces au-dessous de la clavicule droite.

La malade ne parut pas mieux. La température ne dépassa pas 37°77, mais le pouls se maintint à 140, petit et faible jusqu'à la mort, qui survint le 15 novembre, quarante-huit heures après l'opération.

Autopsie. — Le péritoine ne contenait pas de liquide et n'était enflammé nulle part. Le foie était considérablement refoulé en bas et à gauche, et en grande partie caché par un kyste volumineux fixé à sa face supérieure et qui empiétait considérablement sur le thorax.

La ponction avait pénétré dans le kyste, dont les parois

étaient affaissées, minces et fibreuses ; il contenait une grosse vésicule hydatique épaisse, gélatineuse, mais pas de vésicules secondaires. Il ne présentait d'autre signe d'inflammation, que quelques petits flocons de lymphe adhérents à sa surface interne (en dehors de l'hydatide). Derrière ce kyste, il en existait un autre presque aussi gros et avec des parois beaucoup plus épaisses, dans lequel la ponction avait également pénétré. Ce kyste était aussi fixé solidement au foie et se trouvait en contact avec la paroi postérieure de l'abdomen. Il contenait une grosse vésicule hydatique mais pas de vésicules secondaires ; sa face interne était très enflammée, en partie tomenteuse et recouverte de gros flocons de lymphe jaunâtre. On trouva, fixé à la partie inférieure du lobe gauche du foie, un troisième kyste du volume d'une balle de jeu de paume, avec des parois épaisses et plein de matière caséuse et de vésicules hydatiques desséchées. Pas de kyste dans l'intérieur du foie.

Nombreux kystes fixés au péritoine. Immédiatement au-dessous du foie, en avant du rein droit, se trouvaient deux kystes, l'un gros comme une noix de cacao et, contenant un liquide clair et des vésicules secondaires et l'autre un peu plus petit. Six ou sept kystes du volume d'un œuf de poule ou plus petits étaient fixés au grand épiploon et deux s'élevaient du fond de l'utérus et du ligament large ; l'un des deux contenait de la matière caséuse et des vésicules contractées. La partie inférieure des deux poumons, surtout du poumon droit était flasque. Les autres organes sains.

OBSERVATION IV

MURCHINSON.

C..., 17 ans, couvreur, entre, le 7 avril 1878, dans le service de M. Siredey.

Pas d'antécédents pathologiques. Il y a cinq semaines, à la suite d'une émotion, il tombe malade et présente des troubles gastriques, (diarrhée et vomissements); vingt jours après, il devient ictérique. A partir de cette date, il voit son ventre augmenter et, en même temps, il est pris d'accès fébriles vespéraux et de sueurs nocturnes. Œdème des membres inférieurs, du scrotum et légère hydarthrose du genou.

A l'examen, le lobe droit hépatique est très hypertrophié et douloureux. Rien au cœur. Quelques râles sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires. Pouls fréquent, fièvre assez vive tous les soirs. Trois ponctions, faites dans la région hépatique, ne donnent que quelques gouttes de sang.

L'état du malade va empirant tous les jours : la base des poumons est mate et un peu d'ascite s'est produite. Mort le 9 mai.

Autopsie. — Congestion pulmonaire à la base. Rien au cœur. Trous manifestes de péritonite généralisée. Le lobe gauche du foie présente des adhérences avec l'estomac et le colon transverse. Le lobe droit présente deux petits kystes hydatiques normaux remplis d'un liquide limpide ; quant au lobe gauche, en outre des adhérences, il renferme une poche assez volumineuse, remplie d'un liquide jaunâtre à la fois biliaire et purulent, et de débris d'hydatides colorées en jaune. Ce kyste communique avec le canal cholédoque dilaté.

OBSERVATION V

MURCHINSON

Charles, M., professeur de langues, âgé de 45 ans, est dans mon service de l'hôpital Middlesex, le 30 mars 1871. Cet homme était doué d'une force musculaire considérable et n'avait jamais souffert de rien jusqu'en 1857. A cette époque, il remarqua un matin en se lavant une tumeur sur le lobe gauche du foie. Cette tumeur avait à peu près le volume d'une moitié d'orange et était tout à fait indolente ; en réalité il ne serait pas aperçu de son existence si elle n'avait pas été visible. Elle ne parut pas augmenter. En 1859, il commença à trouver que sa santé était atteinte, il ressentait une douleur sous l'omoplate gauche, parfois de la dyspnée et comme des coups de pointe dans la région occupée par la tumeur. En 1860, ces symptômes s'atténuèrent et, le malade se trouva bien jusqu'en 1863, lorsqu'un matin en se frottant le dos avec un essuie-main, il ressentit, dans la région épigastrique une douleur sourde qui augmenta et persista pendant trois semaines et reparut ensuite de temps à autre, pendant trois ans. En 1867, il souffrait beaucoup du côté de la vessie, mictions fréquentes, urine fortement colorée, sédiments rougeâtres. Au commencement de 1869, il remarqua pour la première fois dans la région ombilicale une tumeur semblable à la première, mais elle n'avait jamais été le siège d'aucune douleur. Pendant deux ans, il avait été très susceptible au froid et en janvier 1870, il avait perdu l'appétit, il toussait et éprouvait dans le côté gauche de la poitrine une douleur intense qui augmentait durant l'inspiration. Le malade avait habité pendant 24 ans la Russie et autres par-

ties de l'Europe, où il s'était nourri suivant les usages des différents pays où il avait voyagé.

A son entrée à l'hôpital, le malade nous présente un habitus extérieur un peu amaigri, bien que le développement des muscles soit remarquable. Il ne se plaint que du volume exagéré de son ventre qui offrait un aspect nodulé ou botryoïde. On y remarquait d'abord une large proéminence qui occupait l'espace compris entre le sternum et l'ombilic, mais plus à gauche de la ligne médiane qu'à droite. Elle paraissait provenir du lobe gauche du foie et être aussi grosse qu'une tête d'enfant. Elle était fixe et on y constatait une fluctuation manifeste, mais pas de vibrations. Une masse arrondie plus petite, à peu près du volume d'une boule de cricket, faisait saillie immédiatement au-dessous de l'ombilic ; on pouvait la mouvoir à volonté et la pousser à droite ou à gauche de la ligne médiane. On en découvrit une troisième plus grosse qu'une orange, située au bord du lobe droit et séparée de la première par une dépression marquée. Une quatrième, qui paraissait grosse comme le poing, se trouvait dans la région iliaque gauche, mais plus profondément située que les autres. Deux pouces et demi au-dessous et à droite de l'ombilic était une cinquième, grosse comme un œuf de poule parfaitement mobile et se traduisant à la surface de l'abdomen par une légère saillie. Une sixième, mobile également, et grosse comme une noix, paraissait siéger dans la paroi abdominale sur la partie la plus proéminente de la première, immédiatement à gauche de la ligne médiane. On distinguait encore vaguement d'autres tumeurs de même nature, dans différentes parties de l'abdomen. Toutes ces tumeurs étaient arrondies, souples et élastiques et nullement sensible à la palpation, même pratiquée largement. Point d'ascite ni d'ictère. Sur le point le plus saillant de la tumeur à deux pouces au-dessous du sternum, la circonférence mesure 36 pouces $\frac{1}{2}$ et un pouce au-dessous de l'ombilic, elle est de 36 pouces. 6 pouces $\frac{1}{2}$ de l'extrémité inférieure du sternum à l'ombilic et 7 pouces $\frac{1}{2}$ de l'ombilic au

pubis. La matité hépatique ne montait pas trop haut dans le thorax, ni en avant, ni en arrière. Langue nette, appétit bon ; parfois un peu d'acidité, mais pas d'autre trouble digestif : pouls à 60 ; poumons et cœur sains, sauf que le murmure respiratoire est faible à la base des deux poumons ; pas d'albuminurie.

Le 3 avril, on introduit un trocart fin dans le petit kyste superficiel (le 6^e dans l'énumération précédente) et, on en retire environ 6 grammes d'un liquide clair, alcalin, contenant beaucoup de chlorures, mais pas d'albumine et pas de crochets. La ponction ne fut suivie ni de douleur, ni de sensibilité et, dans l'espace d'une semaine, la petite tumeur avait presque disparu. Le malade ne voulut consentir à aucune autre intervention chirurgicale et quitta l'hôpital le 10 avril dans le même état qu'à son entrée.

Le 6 mars 1872, il fut admis dans mon service à l'hôpital Saint-Thomas. Son état avait notablement empiré. La circonférence était de 40 pouces sur l'ombilic et 40 pouces $\frac{1}{2}$ à mi-chemin de l'ombilic et du sternum. Cette augmentation était due en partie à une ascite légère, mais surtout à l'accroissement de volume des tumeurs. La matité hépatique, sur la ligne mammaire droite, s'élève jusqu'au mamelon et mesure 9 pouces $\frac{1}{2}$. Le foie à certains endroits est très dur, tandis que dans d'autres il est élastique et fluctuant. Les veines des parois abdominales sont très développées et il y a un œdème considérable des deux jambes au-dessous des genoux. Point d'ictère ; l'abdomen n'est sensible nulle part ; le malade se plaint surtout de constriction de l'abdomen et de douleurs dans l'épaule droite. Pouls à 84. L'urine contenait une petite quantité de pigments biliaires, mais pas d'albumine.

L'abdomen continue à augmenter de volume, de sorte que le 27 mars, il mesure 43 pouces à l'ombilic et la respiration commence à être gênée. On fait ce jour-là une ponction avec un trocart fin dans le gros kyste, situé entre l'ombilic et le sternum et, on retire 28 onces d'un liquide alcalin, densité 1009, et contenant beaucoup de chlorures, mais pas

d'albumine. Au microscope pas trace d'échinocoques ; mais on remarqua qu'il y avait des interruptions constantes dans l'écoulement du liquide par la canule. La circonférence à l'ombilic immédiatement après la ponction n'est plus que de 40 pouces 1/2.

Le 29 mars la température s'élève à 39°,66 et 38°,88 mais pas de nausées ni de sensibilité à l'abdomen. Néanmoins, l'ascite et le développement des veines abdominales augmentent rapidement, ainsi que l'œdème des jambes.

Le 1^{er} avril, la circonférence à l'ombilic est de 44 pouces, et le 10, elle est de 46. Orthopnée : le malade ne peut dormir qu'assis dans un fauteuil ; de temps en temps, crises de suffocation et de dyspnée. On pratiqua la paracentèse de l'abdomen qui est suivie d'un grand soulagement.

Le 1^{er} mai, il semblait être aussi bien que d'habitude ; il se leva un peu vers le soir, mais après avoir regagné son lit, sa respiration s'embarrassa subitement et au bout de vingt minutes il était mort. Il conserva sa connaissance jusqu'à la fin et ne se plaignit d'aucune douleur aiguë.

Autopsie. — Le péritoine contient moins d'une pinte de liquide jaune clair. Nulle part on ne voit de trace de péritonite récente. Deux énormes kystes du foie. l'un en avant provenant de la face inférieure du lobe gauche, et contenant une quantité énorme de vésicules hydatiques, avec un peu de pus clair, le tout mesurant six pintes. C'était là le kyste qui avait été ponctionné. L'autre se trouvait en arrière du lobe droit et contenait quatre à six pintes de liquide délié, opaque, dans lequel il y avait un peu de pigment biliaire et quelques vésicules hydatiques. On trouva dans le foie de nombreux kystes plus petits et provenant de l'épiploon et d'autres parties du péritoine. Il y en avait plusieurs centaines. Cœur petit et flasque. Il ne contenait point d'hydatides ; pas de thrombose de l'artère pulmonaire. La partie inférieure des poumons est tassée, par suite probable-

ment de la compression; le poumon gauche est partout fermement adhérent à la paroi thoracique.

On ne trouva rien qui put expliquer la mort subite du malade.

Infection du premier kyste par ponction séptique et mort du malade par intoxication hydatique.

CONCLUSIONS

1. Les kystes hydatiques multiples du foie constituent une variété relativement rare de cette affection, qui peut se présenter sous des aspects cliniques et anatomo-pathologiques très différents.

a). Au point de vue clinique, les kystes sont nombreux ou simplement doubles.

b). Au point de vue anatomo-pathologique, les uns sont tous aseptiques, c'est-à-dire à contenu clair, limpide, avec ou sans albumine; les autres tous infectés. Dans une troisième catégorie, la plus rare et la plus intéressante (Observation de M. le professeur Jaboulay), les uns ont subi l'infection qui a respecté les autres.

2. La pathogénie de l'infection élective de certaines variétés à l'exclusion des autres, est des plus obscures. On ne peut, pour l'expliquer, que formuler des hypothèses, dont la plus probable est l'infection très locale, à point de départ biliaire.

3. Le diagnostic différentiel des kystes hydatiques du foie n'offre pas de difficultés spéciales.

Le diagnostic de la variété est plus délicat. Relativement aisé, à cause des bosselures dans les cas de kystes superficiels, il est presque impossible lorsqu'il s'agit de kystes profonds intra-hépatiques. On ne le fait qu'au cours de l'intervention lorsque l'évacuation de la première poche n'a pas amené un retrait suffisant du foie.

A plus forte raison le diagnostic de la nature du liquide, différent dans les deux poches, ne peut être porté d'avance. Les signes généraux de la poche infectée dominent la scène.

4^e On est d'accord pour traiter en un temps les différents kystes. Le traitement opératoire peut se formuler de la façon suivante :

Incision et évacuation de la poche diagnostiquée, suivies de l'évacuation successive des autres cavités reconnues au trocart. Réunion des poches par un drainage commun, capillaire, qui assurera au dehors le drainage de chacune d'elles.

Vu :

Le président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 juillet 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- FRERICHS. — Traité des maladies du foie, 1866.
Bulletin de la Société d'Anatomie de janvier 1869.
ISRAEL (Berlin). — VII^e Congrès de Chirurgie allemande, 1879.
FOSSARD. — Thèse de Bordeaux, 1886.
DURAND. — Thèse de Montpellier, 1886.
BLANCHARD. — Traité de Zoologie médicale, 1889.
MASURE. — Thèse de Lyon, 1894.
MONIEZ (de Lille.) — Traité de Parasitologie, 1896.
RAFFI. — Pathogénie clinique de la suppuration des kystes
du foie. Thèse de Paris, 1897.
PERRET. — Thèse de Paris, 1897.
CARRIÉ. — Thèse de Montpellier, 1897.
SAUMARD. — Thèse de Montpellier, 1898.
MURCHINSON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie
(Compte-rendu du Congrès de Moscou, 1898).
CHAUFFARD. — *Société des Hôpitaux*, 1898.
SCHWARTZ. — *Société de Chirurgie*, 1901.
MEMMI. — Résumé dans *Sem. Méd.* du 13 novembre 1901.
Bulletin de la Soc. anat., du 5 avril 1901.
MONOD. — *Société de Chirurgie*, octobre, 1901.
DE SÈZE. — Thèse de Paris, 1901.
Presse Médicale, novembre 1901.
Bulletin de la Société de Biologie, 14 juin 1902.

